心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書

報告日:　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 【計画策定病院】船橋市立医療センター医療連携・患者支援センター〒273-8588　船橋市金杉1-21-1TEL：047-438-3321 | 【連携医療機関】医療機関名TEL： |
| 患者氏名 |  | 患者ID |  |
| 性別 |  | 生年月日・年齢 |  |

下記のとおり地域診療連携計画に基づき、診療内容について報告します。

|  |
| --- |
|  地域診療計画に基づく診療の実施日 平成　　　　年　　　　月　　　　日 診療医師 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　地域連携診療計画に**□**変更なし**□**変更あり。貴院にて精査願います。詳細は、診療情報提供書をご参照ください。 |
| 　診療所見 **□**異常なし **□**異常あり （ ）　各種検査 **□**未実施 **□**実施 （ **□**心電図　**□**採血・採尿　**□**レントゲン ） **□**その他（ ）　処方 **□**変更なし **□**変更あり （ ）フリーコメント |

※船橋市立医療センター退院日の属する月又はその翌月中に、船橋市立医療センター宛てに郵送してください。